



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y
Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 19 de febrero de 2004, ha examinado el *expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 16 de enero de 2004 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx debido a los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposa Dña. yyyyyyyyyy yyyyyyy y, a consecuencia de la atención sanitaria recibida en el hhhhhhhhhhh de xxxxxxxx, gestionado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el momento de la presentación de la reclamación.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 27 de enero de 2004, se procedió a darle entrada en el Registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 55/2004, iniciándose el cómputo del plazo para su evacuación, tal como dispone el artículo 53 del Decreto 102/2003, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su Ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

Primero.- Mediante escrito de fecha 11/03/2002, D. xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx interpuso, ante la Gerencia Regional de Salud, reclamación de indemnización por todos los trastornos emocionales y psicológicos ocasionados por el fallecimiento de su esposa, Dña. yyyyyyyyyy yyyyyyy yyyyyyyyyy, con ocasión



de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital de xxxxxxx dentro delhhhhhhhhhhhh de xxxxxxxxxx.

Expone el interesado en su escrito que su esposa fue sometida a una intervención quirúrgica de mastectomía, debido a la neoplasia que presentaba el día 19 de diciembre de 2001, y dada de alta con fecha 19 de enero del 2002.

“El día 22 de enero de 2002 fue a la consulta de oncología del Dr. ppppppppp, el cual tras examinar el historial de la paciente, explicó que se encontraba en una situación crítica debido a sus antecedentes, 1º) insuficiencia respiratoria global que llevaba sufriendo por unos 9 años, 2º) artrosis reumatoide inflamatoria, desde hacia 6 años. El Dr. ppppppppp reconoció que su nivel de oxígeno era muy bajo, pues hasta las uñas de los dedos de sus manos lo evidenciaban. No obstante, ante el evidente riesgo que conllevaba ser sometida a quimioterapia, el Dr. ppppppppp decidió seguir el tratamiento. Por lo que, el mismo día 22 de enero, alrededor de la 1 de la tarde, comenzó la primera sesión de quimioterapia que duró hasta las tres de la tarde. El personal sanitario les explicó que alguno de los síntomas “normales” tras la quimioterapia serían vómitos, mareos,... ese mismo día, a partir de las 4,30 h. De la tarde, empezó a sentir sudores fríos y mareos. Sobre las 7 de la tarde comenzó a vomitar. Aunque, se les había explicado que eran síntomas “normales”, llamó a urgencias. A las 9,30 h. De noche vino el médico D. rrrrrrrr y la paciente ya no hablaba. Ante este cuadro clínico el médico solicitó inmediatamente una ambulancia para trasladarla al Hospital de xxxxxx. Cuando entró en el Hospital ya estaba en coma y pocos minutos después los médicos le informaron del fallecimiento de su esposa, a sólo 8 horas después de la primera sesión de quimioterapia”. Además, señala en su escrito que si no se le hubiera administrado dicha sesión de quimioterapia no hubiera fallecido su esposa.

Segundo.- Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:

I.- La historia clínica de la paciente, de 71 años de edad, a la que se intervino en fecha 19 de diciembre de 2001 para realizarla una mastectomía radical derecha modificada y limpieza axilar, con resultado anatomopatológico de carcinoma lobulillar infiltrante de 6 cm. grado II con metástasis ganglionares en 10 de los 19 ganglios aislados. Se le realizó posterior gammagrafía ósea y ecografía abdominal sin apreciar metástasis óseas, dándole el alta en fecha 9 de enero de 2002 y remitida a Consulta de la Unidad de Oncología.



Acudió a la Unidad de Oncología el día 22 de enero de 2002, siendo tratada por el Dr. pppppppppp, que en la exploración de la paciente hace constar que se encuentra consciente y orientada, con cianosis labial y acra, no se aprecia ingurgitación yugular, la auscultación cardiaca era rítmica y la pulmonar presenta un murmullo vesicular conservado, el abdomen es globuloso no valorable y la exploración de extremidades inferiores resulta normal. El juicio diagnóstico es el de un carcinoma lobulillar infiltrante pT3N1(10-19) Mo GII en un estadio III A, planificando tratamiento con quimioterapia tipo CMF (ajustada a superficie corporal de 1,8) radioterapia y Tamoxifeno, programando el primer ciclo, en régimen ambulatorio ese mismo día.

El ciclo de quimioterapia suministrado incluyó Ciclofosfamida 600 mg/m², 5 fluoracilo 600 mg/m² y Metrotexato 40 mg/m² y medicación acompañante consistente en Ondansetron 8 mg y Dexametasona 20 mg.

Ese mismo día, y ya en su domicilio, tras un cuadro de vómitos fue avisado el médico de guardia, el cual derivó a la paciente al servicio de Urgencias del Hospital de xxxxxx en ambulancia con oxígeno medicinal a flujo 1,5 l/minuto, señalando como motivo de envío en el volante de la ambulancia el de desorientación temporo-espacial, cáncer de mama e insuficiencia respiratoria. La paciente llegó al Servicio de Urgencias sobre las 23 horas del mismo día con parada cardiorespiratoria donde se remonta, pero no se consiguen saturaciones de oxígeno en sangre arterial mayores del 60%, realizando maniobras de reanimación que tras 35 minutos se suspenden con pulso carotídeo ausente, registrándose como hora del fallecimiento las 23,40 horas.

Se recogen como antecedentes médicos de interés: hipoventilación alveolar primaria en tratamiento con BIPAP y oxigenoterapia domiciliaria, artritis reumatoide en tratamiento médico, obesidad mórbida, desviación de tabique nasal traumática, hernia de hiato, reacción adversa medicamentosa a la penicilina y antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y cesárea.

II.- El informe del facultativo que prescribió la administración del ciclo de quimioterapia suministrado el día del fallecimiento de la paciente, objeto de controversia, evacuado el 15 de abril de 2002, que señala que *"cuando la paciente fue vista en consulta presentaba un estado general conservado, con un PS de 1, y reunía condiciones*



adecuadas para la administración de tratamiento quimioterápico del tipo CMF. Si bien había datos de insuficiencia respiratoria, como el hecho de presentar cierta cianosis de partes acras, este dato exploratorio era compatible con su patología de base, y así se le indicó al familiar. En ningún momento este hallazgo contraindica el uso de quimioterapia, la cual estaba absolutamente justificada por el riesgo tan elevado de enfermedad metastásica, que hay que cifrar en un 60-70%, a tenor de la afectación ganglionar maxiva de la axila (...) La quimioterapia tipo CMF se administra a pacientes con mal estado general o de edad avanzada, que no pueden tolerar otro tipo de esquemas más agresivos y, probablemente más activos en el contexto de esta paciente”.

III.- El informe de la Dra. qqqqqqqq del Hospital de xxxxxxxx, que intervino a la paciente por neoplasia de mama derecha el día 19/12/2001, evacuado el día 18 de abril de 2002, en el que se hace constar que revisó a la paciente en consulta externa de cirugía nuevamente el día 22-01-2002, *“se drenó seroma, sin objetivar en ese momento ninguna otra complicación y, manteniendo la misma situación general que en el momento del alta.”*

IV.- El informe de la Inspección Médica de 30 de septiembre de 2002, en el que recoge en sus conclusiones que *“estaba indicado el tratamiento con quimioterapia adyuvante por su elevado riesgo de recaída dada su importante afección ganglionar (10 ganglios afectados). Tratamiento que no estaba contraindicando por la patología respiratoria padecida por la paciente que le ocasionaba una insuficiencia respiratoria mixta. La situación clínica general de la enferma fue tenida en cuenta en la elección del tipo de quimioterapia a utilizar, eligiendo un esquema clásico a base de CMF, menos tóxico que otros esquemas más modernos con fármacos más eficaces pero también más tóxicos. El fallecimiento de la enferma se produjo por una agudización de su insuficiencia respiratoria crónica (...) Esta agudización no responde a una toxicidad directa de la quimioterapia y probablemente se produjese tras un cuadro de vómitos iniciados en la tarde de ese día. La causa de esta agudización pudiera ser totalmente independiente del ciclo de quimioterapias siendo una descompensación propia de su enfermedad, aunque una posible hipótesis sobre su producción sería una posible alteración del equilibrio ácido-base producida por los vómitos que hubiera causado depresión del centro respiratorio. Los vómitos son un posible efecto tóxico de la medicación antineoplásica, su control se consigue hasta en un 80% de*



los casos mediante la utilización de antieméticos y corticoides, a esta paciente le fue suministrada esta medicación en el ciclo de quimioterapia administrada."

V.- El informe del perito de la compañía aseguradora, especialista en Oncología y Radioterapia, evacuado el día 19 de diciembre de 2002, en el que se afirma que *"la causa más probable de éxitus pudo ser debida a una reagudización de su insuficiencia respiratoria crónica provocada por un trastorno metabólico secundario al cuadro de náuseas y vómitos que se intentó prevenir con la profilaxis antiemética. No hay signos de mala práctica médica durante el proceso asistencial"*. Además se recoge que el ciclo de quimioterapia suministrado es el mejor tolerado, menos tóxico y más adecuado a la edad del paciente.

Tercero.- En el trámite de audiencia concedido al interesado, éste no realiza alegación alguna.

Cuarto.- El Servicio de Normativa y Procedimiento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, mediante escrito de 12 de diciembre de 2003, por entender que no está acreditada la relación de causalidad y que la actuación médica ha sido ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Quinto.- El 30 de diciembre de 2003, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la Propuesta de Resolución indicada.

Y, en tal estado del expediente, V.E. dispuso su remisión al Consejo Consultivo de Castilla y León para que evacuara dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León emite dictamen en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo prevenido en los artículos 4.1.h,1º y 19.2 de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen de acuerdo con lo establecido en el punto 4º, regla B),



apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El artículo 106,2 de la Constitución establece que *"los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*.

La referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero. Tales preceptos han sido desarrollados reglamentariamente por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, SSTS de 1-3-1998; 21-4-1998; 29-10-1998; 28-1-1999; 1 y 25-10-1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (dictámenes de 27-3-2003, expte. nº 183/2003; 6-2-2003, expte. nº 3583/2002; y 9-1-2003, expte. nº 3251/2003), la responsabilidad patrimonial de la Administración pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.



e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica concreta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

3ª.- Ante todo, procede señalar que concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y que la competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Además, el interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 11 de marzo de 2002, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante, que tuvo lugar el día 22 de enero de 2002.

4ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por D. xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposa Dña. yyyyyyyy yyyyyyyy yyyyyy a consecuencia de la atención sanitaria recibida en el hhhhhhhhhh de xxxxxxxx, gestionado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el momento de la presentación de la reclamación.

Estima este Consejo Consultivo, de igual modo que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación.

Debe destacarse en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación es de medios y no de resultados; que



supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.

En el presente caso, el reclamante alega en su escrito de reclamación que la actuación del facultativo que prescribió el tratamiento con quimioterapia no fue correcta, que el día que se sometió a la misma no estaba en condiciones la paciente de recibirla y que tras el ciclo de quimioterapia fue remitida a su casa en lugar de dejarla ingresada en el Hospital.

Son, por tanto, varias las actuaciones de la Administración sanitaria las que son invocadas por el reclamante las que deben examinarse.

En cuanto a la primera, esto es, si el tratamiento con quimioterapia prescrito era o no adecuado, este Consejo Consultivo a la vista del expediente administrativo tramitado al efecto considera que era adecuado al estado de la paciente.

Al respecto, hemos de recordar que tanto la Inspección Médica como el perito de la Compañía Aseguradora, especialista en oncología y radioterapia, señalan en sus informes que el tratamiento de quimioterapia era el correcto, al igual que el tipo de quimioterapia elegida.

Así, en las conclusiones del Informe emitido por la Inspección Médica, obrante en los folios 246 a 254 del expediente, se recoge expresamente que *“estaba indicado el tratamiento con quimioterapia adyuvante por su elevado riesgo de recaída dada su importante afectación ganglionar (10 ganglios afectados). Tratamiento que no estaba contraindicado por la patología respiratoria padecida por la paciente que le ocasionaba una insuficiencia respiratoria mixta. La situación clínica general de la enferma fue tomada en cuenta en la elección del tipo de quimioterapia a utilizar, eligiendo un esquema clásico a base de CMF, menos tóxico que otros esquemas más modernos con fármacos más eficaces pero también más tóxicos”*.

Por su parte, el perito de la compañía aseguradora, mantiene en las conclusiones de su informe, obrante en los folios 259 a 266 del expediente, que *“antes de decidir el esquema de quimioterapia se valora la situación clínica general de la paciente, eligiendo el esquema de CMF que es mejor tolerado, menos tóxico y más adecuado a la edad del paciente. Se desestiman otros esquemas de quimioterapia con antraciclinas que pueden ser considerados más*



eficaces pero contraindicados en la situación clínica de la paciente. (...) No existen contraindicaciones para la administración de la quimioterapia, incluso el Methotrexate ya fue administrado a la paciente por su proceso de artritis reumatoide”.

Parece claro, según se desprende de los informes aludidos, amén del emitido por el facultativo que atendió a la paciente, que era necesario que la paciente se sometiese al tratamiento de quimioterapia, pues lo contrario entrañaba un riesgo muy elevado de padecer metástasis. Al respecto, hemos de tener en cuenta que los resultados de la línea de quimioterapia elegida son de un 42% de supervivencia y 36% de intervalo libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama operable; reduciéndose la tasa de recurrencias en un 37% de las pacientes menores de 50 años y en un 22% en las de edad avanzada.

Otra de las cuestiones planteadas por el reclamante, gira en torno a si la paciente estaba o no en condiciones de recibir la primera sesión de quimioterapia el día 22 de enero de 2001. Al respecto, alega en su escrito de reclamación que “presentaba un nivel muy bajo de oxígeno” y que era evidente el riesgo que conllevaba ser sometida a quimioterapia. Por su parte, el informe de la Inspección Médica analiza si la paciente presentaba o no una agudización de su situación de insuficiencia respiratoria crónica en el momento en el que se le iba a suministrar la quimioterapia, llegando a la conclusión negativa, al afirmar que la presencia de cianosis sólo refleja el nivel de hemoglobina reducida y suele corresponderse con una hipoxemia por debajo de 50 mmHg, dentro del contexto de una paciente con insuficiencia respiratoria crónica cuya agudización es fundamentalmente hipercápnic. En este caso, no estábamos ante un síntoma de la agudización sufrida por la paciente ni contraindicada la administración de quimioterapia pues ninguno de los fármacos utilizados tenía efecto depresor del centro respiratorio. A estas conclusiones llega igualmente el informe pericial de la Compañía aseguradora. A mayor abundamiento, hemos de añadir lo señalado por la Dra. qqqqqqqqqq en su informe de fecha 18-04-2002, en el que señala que vio a la paciente en su consulta de cirugía general el mismo día 22 de enero de 2001 para revisión, *“sin objetivar en ese momento ninguna otra complicación y, manteniendo la misma situación general que en el momento del alta”.*

Llegado a este punto, hemos de analizar la cuestión principal sometida a debate, esto es, si la administración del primer ciclo de quimioterapia puede o no considerarse la causa de la muerte de la paciente. Al respecto, la Inspección Médica en su informe señala que *“ninguno de estos fármacos* (refiriéndose a la



Ciclofosfamida, el Metotrexato y el Fluracilo utilizados en la quimioterapia) *causaban depresión del centro respiratorio, por tanto no estaban contraindicados por la situación clínica respiratoria de la paciente ni fueron la causa directa de la agravación de la misma (...)* La causa de esta agudización pudiera ser totalmente independiente del ciclo de quimioterapias siendo una descompensación propia de su enfermedad, aunque una posible hipótesis alteración del equilibrio ácido-base producida por los vómitos que hubiera causado depresión del centro respiratorio". A esta misma conclusión llega igualmente el perito de la Compañía Aseguradora.

De todo lo expuesto resulta claro, y el reclamante no ha presentado prueba alguna en contrario, sino meras alegaciones, que el tratamiento prescrito era el adecuado a la situación de la paciente y que no fue la causa directa de la parada cardio-respiratoria que determinó su fallecimiento. Aún en la hipótesis de que su insuficiencia respiratoria crónica pudo agudizarse por un trastorno metabólico secundario al cuadro de náuseas y vómitos (efectos secundarios adversos de la quimioterapia), tampoco puede hablarse de la lesión de la *lex artis*, pues en la historia clínica queda patente que para evitar dichos efectos secundarios se le administró a la paciente los medicamentos oportunos para paliarlos.

Al respecto, hemos de traer a colación la doctrina del Tribunal Supremo en cuanto a la responsabilidad de la Administración sanitaria. Así en su Sentencia de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que *"aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.*

En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la



Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

En consecuencia, hemos de entender que no existe nexo causal, pues no concurre una relación directa, inmediata y exclusiva entre el fallecimiento de la paciente y el funcionamiento normal o anormal del servicio. Ésta fue debidamente tratada, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que el tratamiento de quimioterapia instaurado era el más correcto, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*, que fue consentido por la interesada, y que la agudización de su insuficiencia respiratoria crónica no se debió a la administración de los fármacos usados en la quimioterapia. Y que aun entendiendo, que la causa de esa agudización pudiera haber sido provocada por un trastorno metabólico secundario al cuadro de náuseas y vómitos, consecuencia de los efectos secundarios del ciclo de quimioterapia al que fue sometida, entendemos que tampoco existiría responsabilidad de la Administración al no poder calificarse el



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

fallecimiento como un daño antijurídico, dado que no se pudo evitar según el estado de los conocimientos de la técnica en quimioterapia en el momento de la producción de aquél y que se ha hecho un correcto empleo de la *lex artis*.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial por reclamación de indemnización de daños y perjuicios presentada por D. xxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxx consecuencia del fallecimiento de su esposa con ocasión de la asistencia sanitaria recibida, por entender que resulta conforme con el ordenamiento jurídico.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.